**Demande de transports**

**à l’école régulière, pour les sorties, les activités sportives ou les camps**

**à l’attention d’élèves à besoins spécifiques**

**À retourner à l’inspecteur-trice référent-e MR de la région par courrier ou par courriel**

**Informations sur la demande** *(à remplir par les parents et l’établissement scolaire)*

|  |
| --- |
| **Type de demande / Compléter un formulaire par type de demande** |
| [ ] Nouvelle demande (trajet domicile-école)  [ ]  Prolongation (trajet domicile-école)[ ] Camp (joindre un devis) [ ]  Activité sportive/sortie**Période concernée** : Date de début :       Date de fin :        |
|  **Coordonnées de la personne à transporter** |
| NOM, Prénom :            Date de naissance :       Sexe : [ ] M [ ] FNom et prénom des parents/représentants légaux :       Adresse du domicile légal:      N° de téléphone:       Adresse mail:        |
| **Etablissement scolaire**  |
| Nom de l’établissement scolaire:       Nom et prénom du référent transports de l’établissement (membre Cdir):       Adresse mail du référent transports de l’établissement :      [ ] Intégration totale [ ]  Intégration partielle, préciser le nom de l’école spécialisée :       |
| **Descriptif du transport** |
| **Trajets** | **Heures/Jour**  | **Type de lieu (école, domicile, piscine…)** | **adresse** |
| **Départ :** |      /          /      |       |       |
| **Arrivée :** |      /          /      |       |       |
| **Nombre de km par trajet :**       **Nombre de trajets hebdomadaires :**       |
| **Mode de transport** (plusieurs solutions et mixité des modes de tranports possibles) :* *Privilégier le transport scolaire organisé par la commune*
* *Demander la collaboration, même partielle des parents, envisager la préparation à l’autonomie*
* *Définir les modalités de déplacement selon les critères déterminants de la Directive Transport (âge, distance, trouble/déficience invalidant pour les déplacements, dangerosité du parcours)*

[ ] Transports publics [ ]  Véhicule des parents chf 0.45ct/km[ ]  Transports scolaires (entr. transports) [ ]  Véhicule équipé (fauteuil roulant) |
| **Raison du transport (justificatifs médicaux à joindre)** |
| [ ] Mesure de pédagogie spécialisée (à préciser)       [ ] Autre (à préciser)       |
| Date :       Signature des parents/représentants légaux : …………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **A compléter par l’inspecteur-trice référent-e MR**  |
| L’élève bénéficie-t-il d’autres mesures d’enseignement spécialisé :[ ] NON [ ] OUI (à préciser)      [ ] Demande acceptée[ ] Demande acceptée avec modifications[ ] Demande refuséeCommentaires :      Nom de l’inspecteur-trice référent-e MR **:**      Date :       Signature : …………………………………………………………**A retourner au secrétariat de l’OSPES :** **dgeo-dp.ospes@vd.ch** |
| **A compléter par l’OFC-DOFSI** |
| Nom entreprise transports :      N° de téléphone :      Nbre de trajets hebdomadaires remboursés:      Tarif conventionné au km (hors TVA):      [ ] Avis favorable[ ] Avis favorable avec modification[ ] Avis défavorableCommentaires :      Nom de la personne en charge du dossier:       Date :       Signature : ………………………………………………………… |